

ԿԱՆԿԱԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ, ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՆՆԵՐ ԵՎ/կԱՄ  
MEDI-CAL/34-ԾՐՁԱՆԻ ԲԺԵԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ (CMSP)

ԿԱՆԱՏԻԿ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱԶԱՔՑՈՒԹՅԱՆ, ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՒՆԵՐԻ ԵՎ/MEDI-CAL/34-ՇՐՋԱԸՆԻ CMSP-ի դիմենու համար լրացրեք կից դիմումի 1-13 կետերը և ստորագրեք Վավերացման բաժինը (Կեն 19): Լրացված դիմումի ձևով ներկայացրեք սոցիալական պահովության գրասենյակ: Եթե Դուք չեք կայող ինքնուրույն լրացմել այս դիմումի ձևով և օգնության կարիք ունեք՝ դիմենք շրջանի հանձնառական բաժին:

Նախքան ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԺԱՇԱԿՈՒԹՅՈՒՆԻ, ՊԱՐԵՏԱՅԻՆ ԿՏՐՈՒ ԿԱՍ MEDI-CAL/34-ՇՐՋԱԾԻ ՑՄՏ, ԱՅՆ ԲԳՈՒՄ ՆԱԵԿ. ԱՌԱՊԱՌ ԱԶԱԿ-ՑՈՒԹՅՈՒՆ, ԱՍԱՊԱՍԱՎՈՒԹՅԱՅԻ ՕԳՆԻՒԹՅՈՒՆ ԿԱՍ ՊԱՐԵՏԱՅԻՆ ԿՏՐՈՒ ՀՐԱՄԱ ԾՈԽԱՎՈՒԹՅՈՒՆ ստանակ Զեր գրավոր փաստարկություն Դուք պետք է մնա տրամադրեք բլոր պահանջվող տվյալները և կամ հաղոցերին պատասխանեք հարցազրոյշին, որի նպատակն է ստուգել Զեր իրավասությունը նշված աջակցության համար: Զեր տվյալները մենք օգտագործում ենք Զեր իրավասությունը և նպաստների չափը հաշվարկելու համար:

ԴՐԱՄԱԿԱՎՈՐ ՕԺՄԱՆՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵԿ ՊԱՐԵՆԱՀԱՅԻՆ ԿՏՐՈՒՆԵՐ ՍՊԱՆԱԼՈՒ համար Դուք պետք է Ձեր ճանահատքերը բռղոներ և լուսանկար-վեր։ Չըօգանի համապատասխան քաֆինը կտեղեկացնի Ձեզ, թե երբ Դուք պետք է ներկայանաք նատօնահետքերը բռղոնելու և լուսանկար-վելու համար։

ԱՆԴՎՊԱԴ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ԱՆՍՊԱՏԱՍԽՈՒԹՅԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ  
ստանալու համար Դուք պետք է իրավասու լինեք դրամական աջակցության համար: Լրացրեք կից ներկայացված ձևը և ներկայացրեք բարձր պահանջվող տվյալները: Դուք պետք է որոշակի կառնոներ պահպանեք. օրինակ, դրամարեք Զեր տողիալական պահանջվության համարը (համարները), որպեսզի Եվամուտը հասանելի դառնա Զեզ, և պետք է համաձայնեք համագործակցել Երեխաների աջակցության տեղական գործակալության հետ՝ նաև կական, անուսնական և բժշկական աջակցության նպատակով:

ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՒ ստանպու համար դիմումի ձևը պետք է լրացնի և ստորագրի ընտանիքի մեծահասակ անդամը կամ լիազոր ներկայացնուցիքը: Սուս վկասություն տալու դեպքում ստորագրող, անձը կպատճիվ: Եթե Դուք ընտանիքի մեծահասակ անդամ չեք, ապա ընտանիքի գիշապու անդամը կամ այլ մեծահասակ անդամ պետք է գրավոր լիազորի Ձեզ, որպեսզի Դուք կարդանար ընտանիքի անունից դիմել, ընտանիքի համար նախատեսված պարենային կտրոնը ստանալ և կամ պարենային կտրոնները օգտագործել ընտանիքի համար սննդ գնելու նպատակով:

ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ՌԱՐՈՒՍԵՐ ուժի մեջ մտնելու օրը:  
Եթե Ուրե իրավսուն եք պարենային կտրոն ստանալու համար, ապա  
մենք կիշազարկենք Ձեր պահանջերու դիմունը ներկայացնելու օրվա-  
մից սկսած: Պարենային կտրոն ստանալու համար Դուք կպարո՞ւ եք դի-  
մել սոցիալական ապահովության գրասենյակ դիմելու նույն օրը:

## ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԱՆԴԱՊԱՇ ԿԱՐԻՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Եթե Դուք անհապաղ (շտապ) կարիքմեր ունեք, ապա կարող եք ստանալ մինչև 200 ԱՄՆ դոլար աջակցություն այն ընթացքուն, եթե նենք դեռ վերանայում ենք Զեր ներկայացրած հիմնում: Դուք պետք է նեզ տեղեկացնենք Զեր անհապաղ կարիքմերի մասին և պետք է ապացուեքք, որ եկամուտ կամ գումարներ չընեք այդ անհապաղ կարիքմերը հղողակր համար: Այդ կարիքմերն են:

- Անօրեանություն կամ սմնդամթերի անապահովություն
  - Վտարման մասին ծանուցում
  - Կոմունա ծառայությունների բացակայություն կամ վերջիններիս ապահարկումը դադարեցնելու մասին ծանուցում
  - Քաղաքացի անհրաժեշտություն
  - Անհապաղ տրամադրության կարիքներ
  - Այլ անհապաղ կարիքներ, որոնք անհրաժեշտ են առողջապահության համար

ହୀତ୍ରୟାନ ଲାନ୍ଧିତାନ୍ଦମ୍ଭିତ୍ରୟାନ ହାମାର: ତେବେ ତେବେ ତଥାରୁବନ୍ଦ୍ର ଅନିକାଷାପଣ ଅଧାକ୍ଷେତ୍ର୍ୟାନ ଉତ୍ତାନାଳ୍ପିଲ ମାସିଦିନ୍ଦ୍ରପୂର୍ବ ଏ, ତୁତ୍ର କୃପାନ୍ତ କୃତ୍ରିମ ଧର୍ମବ୍ୟାପନ, ତେବେ ମେନ୍ଦ୍ର ନୁଠିମାନାଶିତ୍ର୍ୟାନ ଏନ୍ଦ୍ର ତେବେ ନେତ୍ରକ୍ଷ୍ୟାନ୍ଦ୍ରାପାଦ ଧର୍ମପିଲିମି ଦିଲା: ଉତ୍ତାଜାଲାକାନ ଧାର୍ଯ୍ୟାନ୍ତରୀଣମେତ୍ରେ ହାମାଦ୍ଵାପାତାଶିବାନ ରାମଦ୍ରିଧିନ ତେତ୍ରିକ୍ଷାଗ୍ରହ୍ୟ ପାଲିର ଧର୍ମପିଲିମାନ୍ଦ୍ରାପାଦ ନେତ୍ରେ ନାମକରି, ପ୍ରମନ୍ଦ ତେତ୍ରୀ ଏବେ ତୁମ୍ଭାମନ୍ତିର ଅଧି ନେତ୍ରାପରିତ୍ରୟାନ:

ԴՐԱՄԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԱՆԱՊԱՏԱՍԽՈՅՑԱՆ ԴԵՊՈՒՄ

Եթե Դուք անօրէան եք կամ ստացե՞ց եք «վճարե՛ կամ տարածը ազատե՞ք» զգուշացում և ցանկանում եք դիմել անապատանության հանր օճանապակւթյուն ստանալու համար, տեղեկացրե՛ այդ մասին սոցիալական ծառայությունների համապատասխան նարներին: Անսպասարանության համար ցուցաբերվող աջակցություն կարելի է ստանալ կանոնուն մեջ անգամ:

## CalWORKs ԽՈՏՏՈՐՄԱՆ ԾԱԽՎՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Այս աջակցությունը կարող է օգնել այն դիմոններին, որոնք օժանդակության կարիք ունեն, սակայն չեն ցանկանուն կամ անհրաժեշտություն չեն գգում դիմելու տողական ապահովության համար: Այս ծառայությունը հնարիակողություն է տալիս աջակցության փոխարք միանված կանչիկ գումար կամ ոչ դրամական ծառայություններ ստանալ: Դուք կարող եք ընտրել աջակցության այս տարրերակը միայն դրամական օժանդակության դիմելու դեպքում: Միաժամանակ այս աջակցությունից օգտվելու իրավասություն ունենալու դեպքում կարող եք օգտվել նաև բժշկական աջակցությունից, եթեխանների խնամքից և պարենային կտրոններից:

Զեր կորմից մերկայացված փաստերն ուսումնայիրելուց հետո շրջանի համապատասխան մարզին տեղակա կասիի Եթե, թե արդյունք Դոյր իրավասու եք այս ծառայությունից օգտվելու համար: Եթե իրավասու եք և ընտրուն եք կանխիկի դրամական վճարումների կամ ոչ դրամական ծառայություններից օգտվելու տարբերակը, ապա

- Դուք ծանուցուն կստանաք դրամական աջակցությունից մերժելու մասին;
  - Ձեր դրամական աջակցությունը կարող է նվազեցվել կամ եթե Դուք ավելի ուշ դիմեք աջակցության համար, ապա դրամական աջակցություն ստանալու ժամկետը կարող է կրծատվել:

## ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՒՆԵՐԻ ԴԻՄՈՒՄ

Դուք պետք է հիմուն ներկայացնելու օրը մեզ հայտնեք Ձեր անոնը և հասցեն, տեղեկացնեք, որ աշամանուն եք պատենային կտորն ստանալ (Կետ 8) և սպորտագիր հիմունմ (Կետ 19): Նախքան Ձեր հրավառության նախին պատասխան ստանալը, Ձեր գրավոր փաստադրկում Դուք պետք է մեզ բրամբարեք բրոյ պահանջնող տվյալներու և/կամ հարցելին պատասխաներ հարցագործույթի ժամանակ, որի նպատակն է ստուգել Ձեր հրավառությունը: Ձեր հրավառության նախին ներկացվի հիմելուց հետո 30 օրվա ընթացքում:

ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՒՏԵՐԻ ՀՐԱՏԱՊ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

Դուք իրավունք ունեք պարենային կտրոններ ստանալ երեք օրվա ընթացքում։ Եթե ընտանիքը պետք է հրապարակ լինի բարենային կտրոնների ջրագործին մասնակցելու համար **ԵՎ ՊԵՏԾ Ե ԽՈՒՅՆ**։



- Οξ αψελή, ρων 100 υποληπτικό αρθρέμποντ πηγοτηρηραγνελή μήχογ-  
δέρ και ανασυλων 150 υποληπτικό αψακουσ εκαμποτικά οναχυφων  
αψακεπούλενδρο,
  - Οξ αψελή, ρων 100 υποληπτικό αρθρέμποντ πηγοτηρηραγνελή μήχογ-  
δέρ και αιρενταζόν δέκα διστατική μήχανα, ηρη φατηρακούσ τέ ζαμ  
μετανομασίδην ήρηπονορρό:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱԶԱԳՈՒԹՅԱՆ ՀԱՎԱՆԱԿԱՆ ԻՐԱԿԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՀՊԻ ԿԱ-  
ՆԱՑ ՀԱՄԱՐ (PE)

Եթե Դուք հիմնե՞ք, ապա կարող եք ստանալ ժամանակավոր թժշկական աջակցություն, որը հնարավորություն կտա Ձեզ օգտվել հասուլ թժշկների կողմից ցուցաբերվող ճախճանայան տարրեր տեսակի խնամքի ծառայություններից մինչև կանոնավոր թժշկական աջակցության դիմում: Դարպագիր Ձեր թժշկին կամ հիվանդանոցի աշխատակիցներին, թե արդյոյն նրանք ունեն РЕ ծառայություններ: Եթե Դուք դիմում եք CalWORKs-ի կամ թժշկական աջակցության համար РЕ ստանալուց հետո հաջորդ անվան Վերջում, ապա Ձեր ժամանակավոր թժշկական աջակցությունը կշարունակվի մինչև աջակցության հաստատումն կամ մերժումը: Եթե Դուք ստանում եք РЕ, ապա տեղյակ պահեք այդ մասին համապատասխան մարմնին և կտտ 12-ի երկու մասուն նշում կատարեք «այս» վանդակում:

MEDI-CAL/34-ԵՐԱՄՆԻ CMSP - ԲԺՇԿԱԿԱՆ/ՑՐՈՒԹՅԱՆ ԱՆՎԱՐԴ  
ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե Դուք անհապաղ թժկական օգնության կարիք ունեք կամ հիյ եք և ցանկանում եք հնարավորին շուտ Medi-Cal/34-շրջանի CMSP ստանալ, ապա լրացրեք 1-13 կետերը: Դուք պետք է տրամադրեն Բանքուրու այն փաստերը, որոնք մենք հաղողութ ենք իրավասություն ստուգելու նպատակով անցկացվող հարցազրույթից ժամանակ, և պետք է համապատասխանեք բոլոր պահանջերին:



## ԴԻՄՈՒՄ ԿԱՆԿԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ, ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԿՏՐՈՍԵՐԻ ԵՎ/ԿԱԱ MEDI-CAL/34-ՇՐՋԱԲԻ CMSP ՀԱՄԱՐ

Նախարար այս դիմումի ծնը լրացմելը, ուշադիր կարդացեք տիտղոսաբերքը:  
Եթե պատասխանների համար ավելի շատ տարածություն է պահանջվում, օգտագործեք այս թերթի ետևի մասը:

1. Դիմումի ԱՆՈՒԾ (ԱՆՈՒԾ, ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՎԱՆ ՍԿՐԻՄԱՏԱՐ, ԱԶԳԱՆՈՒԾ)	2. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ (SSN)	COUNTY USE ONLY	
3. ՕՐԻՆՐԱԿԱՆ ԿԱՄ ԱՅՆ ԱՆՈՒԾ (Եթե ԱՅԴՊԻՄԱՆ ԿԱ)	2A. ԾՆՆԴԱՆ ԹԻՎԸ (ԱՄԻՒ, ԱՍՍԱԹԻՎ, ՏԱՐԹԻՎ)	CASE NAME	
4. ՏԱՄ ՀԱՄԱՏ ԹԻՎ ՓՈՂՈՑ	5. ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՄԱՏ (Եթե ՏԱՐԵՐՎՈՒՄ Է ՏԱՄ ՀԱՄԱՏԵՑ)	CASE NUMBER	
ՔԱՂԱՔ ՆԱՐԱՆԳ ԻՆԴԵԲՍ	ՔԱՂԱՔ ՆԱՐԱՆԳ ԻՆԴԵԲՍ	DATE RECEIVED	
6. ՀԵՇԱԽՈՎԱՐԱԿԱՐՈՒՅՐ ՏՆԱՅԻՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ	ՀԱՇՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ		TYPE OF APPLICATION:
7. Չեր տան հասցեն մշտակա՞ն է: Եթե մշտական չէ, ապա բացատրեք:	<input type="checkbox"/> ԱՅՆ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> ՏՈՒՆ ՉՈՒՆԵՄ	<input type="checkbox"/> ԱՅՆ <input type="checkbox"/> ՈՉ	CA: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> RCA FS: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Recert <input type="checkbox"/> Rest MC: <input type="checkbox"/> CMS P: <input type="checkbox"/>
8. Որևէ մեկը դիմում նմէ է ստորև նշված աջակցության ծրագրերից որևէ մեկին.	Կանխիկ դրամական աջակցություն Medi-Cal Այլ ծրագրերի		<input type="checkbox"/> ԱՅՆ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> Պարենային կտրոններ 34-շրջանի CMSP Եթե «ԱՅՆ», ապա նշեք ծրագրերը
9. Որևէ մեկը երեկոյից դիմել կամ ստացե՞լ է օգնություն կամ նպաստ, այդ թվում Medi-Cal/34-շրջանի CMSP/Medicaid կամ այլ տեսակի դրամական օգնություն, կամ ոչ դրամական ծառայություն			<input type="checkbox"/> ԱՅՆ <input type="checkbox"/> ՈՉ
ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ		ՍՏԱՑՈՒՄ ՎԱՅՐԱԿ (ԾՐԱՎԱԾ/ԾՐԱՎԱԾ/ԾՐԱՎԱԾ)	
10. Օրենքն ասում է, որ մենք պետք է գրանցենք Ձեր երեխական խումբը, ռասան և լեզուն: Այս տեղեկությունները ոչ մի կերպ չեն անդրադառն Ձեր իրավասության վրա:			
A. ԵՐԵԽԱԿԱՆ ԽՈՒՄ (ԲՈԼՈՐ ԱՅԵՐ Ե ԱՊԱՏԱԲԱՆԵՆ ԲԱԿ Ե ԿԵՏԻԲ)			
B. ՈՎԱՍ/ԵՐԵԽԱԿ ԾԱԳՈՒՄ - ԵՇԵՔ ԲՈԼՈՐ ՀԱՄԱՏԱՍԻՄԱՆ ՎԱՆԴԱԼԻՄՆԵՐԸ: Եթե չլրացնեք այս կետը, շրջանի մարմինները դա կանեն Ձեր փոխարքելու:			
<input type="checkbox"/> Ճնշկացի կամ բնիկ ալասկացի <input type="checkbox"/> Սևանոր կամ մեծ մաս աֆրիկասամերիկացի <input type="checkbox"/> Ասպիտական Ֆինանսների բանկից <input type="checkbox"/> Ֆինանսների բանկից <input type="checkbox"/> Այլ ասակացի (նշեք) <input type="checkbox"/> Ասպարագու կամ սալամարդ օվկիանոսի կողմների բանկից (եթե նշել եք, ապա ընտրեք հետևյալ վաճակներից մեկը կամ մի քանիսը) <input type="checkbox"/> Բնիկ հավայացի կամ սալամարդ օվկիանոսի կողմների բանկից <input type="checkbox"/> Այլ ասպարագու			
C. ԴԻՄԱԿԱՆ ԼԵԳՈՒ			
<input type="checkbox"/> Անգլերեն <input type="checkbox"/> Իսպաներեն <input type="checkbox"/> Լատուերեն <input type="checkbox"/> Տագալերեն <input type="checkbox"/> Ռուսերեն <input type="checkbox"/> Ամերիկյան նշանների լեզու <input type="checkbox"/> Կանտոներեն <input type="checkbox"/> Բներ <input type="checkbox"/> Վիետնամերեն <input type="checkbox"/> Այլ (նշեք)			
11. Որևէ մեկը գաղրակա՞ն է կամ սեղոնային հողագործ:			
<input type="checkbox"/> ԱՅՆ <input type="checkbox"/> ՈՉ			
12. Որևէ մեկը հղո՞ւմ է: ԱՅՆ      ՈՉ      Եթե «ԱՅՆ», ստացե՞լ է նա արցյոք հավանական իրավասության քարտ:			
<input type="checkbox"/> ԱՅՆ <input type="checkbox"/> ՈՉ			
13. Որևէ մեկն ունի անհապաղ կարիքներ: Եթե «ԱՅՆ», նշեք տեսակը:			
<input type="checkbox"/> Անհապաղ բժշկական կարիք <input type="checkbox"/> Կողուություն <input type="checkbox"/> Բնուություն երեխայի հանդեպ <input type="checkbox"/> Ընտանեկան բռնուություն <input type="checkbox"/> Բնուություն մեծահասակի հանդեպ <input type="checkbox"/> Այլ հրատապ իրադրություն, որը սպասում է առողջության ու անվտանգությանը: Նշեք.			
14. Որքա՞ն յուրիհացնելի ունեք բոլոր, ներառյալ երեխաներին:			
<input type="checkbox"/> Կանխիկ, անկանխիկ չեներ կամ դրամային օրդերներ <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> Խնամողության կամ վարկային հաշվներ <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> Խնամագործ, սուսացակամներ, արժեթիրեր <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> Այլ (նշեք) <input type="checkbox"/> \$			
15. Որքա՞ն եկանուել եք ստացել կամ ստանալու բոլոր, ներառյալ երեխաներին, այս ամիս:			
<input type="checkbox"/> Ամսարիվ <input type="checkbox"/> Գումար <input type="checkbox"/> Ամսարիվ <input type="checkbox"/> Գումար _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$			
16. Որքա՞ն է Ձեր այս ամսվա տաճ վարդը կամ գրավի դիմաց վճարվելիք գումարը:			
\$ _____			
17. Որքա՞ն են Ձեր այս ամսվա կայունացած ծախսները, որոնք ընդգրկված չեն տաճ վարդի մեջ: \$ _____			
18. Դո՞ւ ստացել եք վտարման մասին զգուշացում:			
Ձեր կոմունալ ծառայությունները կասեցրեն են կամ ստացե՞լ եք կասեցման մասին զգուշացում:			
Ձեր սննդամբերի պաշարը եթեր օրից կամ ավելի շուտ վերջանալո՞ւ:			
Դուք ունե՞ք առաջին անհրաժեշտության հաղուստի կարիք, օրինակ՝ մանկական սրիշների կամ ցուրտ եղանակի համար անհրաժեշտ հագուստի:			
Դուք փոխադրման կարիք ունե՞ք մասնավորական սննդամբերի, հազարատի, բժկական օգնության կամ այլ առաջին անհրաժեշտության պարագաների հայքայթելու համար:			
Ես հաստատում եմ, որ ստացել եմ տիտղոսաբերքի օրինակ. Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ ենթարկել իրավասության կանոններին, որոնցից մի քանիսը կսպահանջվեն նախքան օգնություն ստանալը: Ես հասկանում եմ, որ սույն ձևում իմ կողմից նշված փաստերը կարող են ստուգվել:			
Ես հաստատում եմ, որ եթե դիմել եմ Պարենային կտրոնների ծրագրին, շրջանի համապատասխան մարմինը տեղեկացրել է ինձ հրատապ ծառայության մասին:			
Գիտակցելով, որ համաձայն ԱԱՆ և Կալիֆորնիա նահանգի օրենքների՝ սույտ վկայություն տալու դեպքում ենթակա են պատմամիջոցների, ես հայտարարում եմ, որ իմ կողմից տրամադրված տվյալները ստույգ են և ճշգրիտ:			
19. Դիմումի ԿԱՄ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (ԿԱՄ ՆՇԱԱՆ)			
ՍՏՈՐԱԳՐՄԱՆ ԱՍՍԱԹԻՎ			
ՎԿԱՅԱ ԿԱՄ ԹԱՐԳԱՎԱՐՄ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ			
ՍՏՈՐԱԳՐՄԱՆ ԱՍՍԱԹԻՎ			